

受付日 年 月 日

問診表

ふりがな	性別 男 女	生年月日	M T	年	月	日	才	
お名前			S H					R
ご住所(〒 -)							ご紹介者	
電話番号 - -	メールアドレス							
携帯電話 - -								@

◎携帯番号もしくはメールアドレスご記入の場合はご予約の前日にメールをお送りさせていただきます。

当院での診療の参考にしますので、以下の該当する項目にチェック及びご記入ください。

●どうなさいましたか

- 歯が痛い 歯ぐきが痛い 詰物・かぶせ物がとれた 入れ歯の調子が悪い
歯のクリーニングをして欲しい 歯を白くしたい 歯科検診
歯並びをなおしたい その他 ()

●どこが一番気になりますか

- 右上奥 前上 左上奥 右下奥 前下 左下奥
舌 唇 顔 頬 その他

●痛みはいつからですか

- 今日はじめて () 日前から ずっと前から 時々

●今まで歯科治療の際に次のようなことはありましたか

- ない 血がとまりにくかった 歯科麻酔で気分が悪くなった
アレルギーが出た 痛みが続いた その他 ()

●治療に対する希望

- この機会に悪いところは全部治したい 痛いところだけ治したい 自費で 保険内で 相談して決める

●治療を受けたことがある・健康診断などで指摘されたことのある病気

- 特になし
糖尿病 1型 2型 その他 合併症 なし ・ あり ()
心臓血管系の病気 動脈硬化 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 狭心症 ()
高血圧 (最高血圧/最低血圧 = / mgHg)
ウイルス性肝臓炎 (A型 ・ B型 ・ C型 他) 肝臓病 肝機能低下 ・ 肝硬変
腎臓病 () 骨粗鬆症 その他 ()

●現在、通院している医療機関

医療機関名	主治医
病名	

●現在服用しているお薬※お薬手帳があれば提示してください。

- なし ある()

●その他

- アレルギーがある いいえ はい()
薬(内服薬や外用薬)で問題があったことがある いいえ はい()

●喫煙の経験

- なし 今はやめている(禁煙から 年 ヶ月) 喫煙中 1日(本) ()才から

●女性の方

- 現在妊娠中(週目) 授乳中

※問診等により得た個人情報、歯科疾患の治療・管理に必要な範囲で取り扱います。

ご同意いただけましたら、右記にご署名ください。

ご署名

歯とお口の健康手帳をお作りしております。必要ですか？

- 必要 不要